

## UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 10 maja 2017 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi Śródmieścia w Łodzi, X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie J. T. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. z dnia 7 września 2016 roku uzupełnionej decyzją z dnia 18 listopada 2016 roku oraz przyznał i nakazał wypłacić ze Skarbu Państwa Kasa Sądu Rejonowego dla Łodzi –Śródmieścia w Łodzi na rzecz adwokata P. S. kwotę 442,80 zł tytułem zwrotu kosztów nie opłaconej pomocy prawnej udzielonej wnioskodawcy przez pełnomocnika z urzędu.

Powyższe orzeczenie zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne.

Wnioskodawca J. T. podlegał ubezpieczeniu społecznemu, w tym ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu zatrudnienia w ramach umowy o pracę, jako telepracownik zajmujący się obsługą serwisów internetowych. Zatrudnienie ustało w dniu 24 października 2015 roku. Wnioskodawca pracę wykonywał w miejscu zamieszkania.

Wnioskodawca jest z wykształcenia technikiem mechanikiem. Wnioskodawca po ustaniu tytułu zatrudnienia był niezdolny do pracy do dnia 10 kwietnia 2016 roku, z powodu blokowania kolana prawego w wyniku uszkodzenia MM stawu kolanowego prawego, wyczerpując 182 - dniowy okres zasiłkowy. W dniu 18 kwietnia 2016 roku wnioskodawca wystąpił z wnioskiem o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego.

Decyzją z dnia 19 maja 2016 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. przyznał J. T. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres od 11 kwietnia 2016 roku do 9 lipca 2016 roku w wysokości 90 % podstawy wymiaru oraz od 10 lipca 2016 roku do 8 sierpnia 2016 roku w wysokości 75 % podstawy wymiaru.

Wnioskiem z dnia 8 sierpnia 2016 roku wnioskodawca wystąpił do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego za dalszy okres.

Orzeczeniem Lekarza Orzecznika ZUS z dnia 23 sierpnia 2016 roku orzeczono, iż wnioskodawca nie jest niezdolny do pracy, rozpoznając uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej stawu kolanowego prawego i ustalając, iż stan sprawności organizmu wnioskodawcy ze stwierdzonym uszkodzeniem MM stawu kolanowego, w wywiadzie z okresowo występującym blokowaniem tego kolana, bez wyznaczonego terminu operacji, bez upośledzenia sprawności chodu nie uzasadnia orzeczenia niezdolności do pracy. Wnioskodawca złożył sprzeciw od orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS z dnia 23 sierpnia 2016 roku.

Orzeczeniem Komisji Lekarskiej ZUS z dnia 5 września 2016 roku ustalono, iż wnioskodawca nie jest niezdolny do pracy, rozpoznając u wnioskodawcy uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej kolana prawego. Komisja Lekarska ZUS odnotowała bóle okresowe, blokowanie kolana prawego oraz informacje o planowanym zabiegu operacyjnym kolana z powodu uszkodzenia łąkotki przyśrodkowej. W dacie badania chód wnioskodawcy był samodzielny, wydolny, nie występowały zaniki mięśniowe, ruchomość kręgosłupa była prawidłowa, staw kolanowy prawy suchy, zwartość i ruchomość dobra. Objawy łąkotkowe +/-.

Sąd Rejonowy ustalił, iż z punktu widzenia ortopedy u wnioskodawcy rozpoznaje się zespół bólowy kolana prawego w przebiegu uszkodzenia łąkotki przyśrodkowej. Z dokonanego badania przez komisję lekarską ZUS wynika, iż wnioskodawca jest w dobrej wydolności statyczno-dynamicznej bez znacznego naruszenia sprawności. Wnioskodawca był leczony nieoperacyjnie przez cały okres zasiłkowy. Po ujawnieniu w RM uszkodzenia MM został zakwalifikowany do artroskopii bez konkretnej daty zabiegu. Jeżeli okres 182 dni nie doprowadził do istotnej poprawy, to dalsze leczenie zachowawcze i rehabilitacyjne w ramach świadczenia rehabilitacyjnego bez konkretnej daty zabiegu nie przyczyni się do uzdrowienia kolana. Dalsze leczenie dolegliwości kolana może być kontynuowane w ramach zasiłku chorobowego po zabiegu operacyjnym. Analiza dokumentacji medycznej wnioskodawcy ze spornego okresu pozwala ustalić, iż brak jest podstaw do orzekania długotrwałej niezdolności do pracy wnioskodawcy po dniu 8 sierpnia 2016 roku. Z dokumentacji wynika, iż prawe kolano wnioskodawcy jest chore zmienione zwyrodnieniowo, w tym

występuje uszkodzenie łątki przysrodkowej – najprawdopodobniej na podłożu zmian zwyrodnieniowych. Takie uszkodzenie ma mniej nasilone objawy chorobowe niż uszkodzenie urazowe. Typowe objawy uszkodzenia łątki, po których można rozpoznać uszkodzenie łątki, to nagły, ostry ból kolana, później nasilający się podczas chodzenia i klękania, słyszalny trzask w kolanie, obrzęk kolana, nadmierne ocieplenie, trudności z poruszaniem się, uczucie blokowania lub usztywnienia kolana, uciekanie kolana (niestabilność), ograniczony ruch wyprostu oraz zgięcia, zmiany obrysu stawu kolanowego, przyjmowanie wymuszonej pozycji stawu w lekkim zgięciu. U wnioskodawcy w zapisach dokumentacji medycznej brak danych o blokowaniu i ostrym naruszeniu sprawności. Z dokumentacji wynika, że choroba wnioskodawcy ma przebieg typowy, mało ostry i gwałtowny, przebieg z blokowaniem. Gdyby u wnioskodawcy dochodziło do ostrego blokowania, to wnioskodawca musiałby być poddany wcześniej zabiegowi operacyjnemu. Poczucie choroby nie uzasadnia długotrwałej niezdolności do pracy. U wnioskodawcy należałoby zmienić przewlekłe leczenie zachowawcze. Choroba wnioskodawcy pozwala na chodzenie i wykonywanie pracy zarobkowej. Blokowanie kolana to znaczne ograniczenie bólowe kolana z przymusowym ustawieniem w wyniku przemieszczenia wewnątrz kolana ciała wolnego lub półwolnego czy oderwania łątki.

Powyższy stan faktyczny Sąd Rejonowy ustalił na podstawie dowodów z dokumentów zgromadzonych w aktach sprawy oraz na podstawie dowodu z opinii biegłego sądowego specjalisty ortopedy oraz opinii uzupełniających biegłego. Sąd w pełni uznał wartość dowodową wydanych opinii oraz podzielił – jako przekonywujące – wnioski wypływające z ich treści. Opinie te są rzetelne, sporządzone zgodnie z wymaganiami fachowości i niezbędną wiedzą w zakresie stanowiącym jej przedmiot. Do wydania opinii biegły dysponował dokumentacją lekarską wnioskodawcy ze spornego okresu, dokonał także analizy akt rentowych wnioskodawcy i szczegółowej analizy dokumentacji lekarskiej w spornym okresie, to jest po dniu 8 sierpnia 2016 roku. W opinii uzupełniającej biegły odniósł się do zastrzeżeń pełnomocnika wnioskodawcy zgłoszonych do opinii podstawowej. Sąd uznał argumentację biegłego za logiczną, a wnioski wypływające z opinii za prawidłowo uzasadnione. Zdaniem Sądu Rejonowego opinie wydane w sprawie są rzetelne, nie zawierają braków i wyjaśniają wszystkie okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia sprawy. Pełnomocnik wnioskodawcy poza okolicznością blokowania kolana wnioskodawcy w spornym okresie nie podnosił żadnych merytorycznych zastrzeżeń do opinii uzupełniającej, które podważałyby jej miarodajność. Dokumentacja medyczna, która została poddana analizie nie potwierdza tej okoliczności. Zakładając występowanie tych okoliczności, to w żadnym zakresie nie koliduje to z ustaleniami orzecznictwa biegłego, który miał dokonać oceny zdolności do pracy wnioskodawcy po dniu 8 sierpnia 2016 roku w aspekcie przesłanek warunkujących przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego. Sąd podkreślił - zgodnie z ustaleniami biegłego - iż dalsze leczenie zachowawcze wnioskodawcy, które trwa od października 2015 roku do sierpnia 2016 roku, w żadnym zakresie nie przyczyni się do poprawy stanu zdrowia wnioskodawcy. Nie bez znaczenia pozostaje także okoliczność, iż wnioskodawcy do chwili obecnej nie wyznaczono konkretnej daty zabiegu artroskopii, który mógłby usprawnić stan narządu ruchu wnioskodawcy. Miarodajności oceny biegłego nie zmienia okoliczność, iż opinia biegłego została wydana na podstawie akt sprawy, w tym analizy dokumentacji medycznej wnioskodawcy, bez badania wnioskodawcy (co było spowodowane tym, iż wnioskodawca nie stawił się na badanie przez biegłego i podnoszoną przez wnioskodawcę okoliczność niemożności dojazdu na badanie przez biegłego w B.). W ocenie Sądu, z uwagi na okoliczność charakteru oceny zdolności do pracy wnioskodawcy bezpośrednio po dniu 8 sierpnia 2016 roku, badanie wnioskodawcy ma drugorzędne znaczenie. Szczegółnej analizie zatem poddana winna być dokumentacja medyczna wnioskodawcy ze spornego okresu oraz przeprowadzone badania przez lekarza orzecznika i komisję lekarską – z okresu zbliżonego do daty oceny niezdolności do pracy wnioskodawcy po wyczerpaniu świadczenia rehabilitacyjnego, przyznanego do dnia 8 sierpnia 2016 roku. Ocena biegłego w przypadku oceny przesłanek świadczenia rehabilitacyjnego ma przede wszystkim charakter retrospektywny. Zdaniem Sądu podawane przez wnioskodawcę przeszkody w dojeździe na badanie przez biegłego, mogły być przewyciężone, a wnioskodawca mógł stawić się na badanie przez biegłego.

Sąd I instancji oddalił wniosek pełnomocnika wnioskodawcy o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego ortopedy, w tym ortopedy, który dokona badania wnioskodawcy. Zdaniem Sądu opinia biegłego ortopedy nie zawierała braków i wyjaśniała wszystkie okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia sprawy, odnosiła się w do zastrzeżeń pełnomocnika wnioskodawcy zgłoszonych do opinii. Okoliczność, że opinia biegłego nie ma treści, odpowiadającej stronie nie może mieć w tym wypadku znaczenia. Odmienne stanowisko oznaczałoby bowiem przyjęcie, że należy

przeprowadzić dowód z wszelkich możliwych biegłych, by się upewnić, czy niektórzy z nich nie byłoby takiego zdania, jak strona. Sąd uznał, iż zgłoszone przez wnioskodawcę wnioski dowodowe zmierzały jedynie do zwłoki postępowania i je oddalił na podstawie art. 217§3 kpc. Biegły ortopeda wyjaśnił szczegółowo podstawy do orzekania, w przypadku wnioskodawcy, w zakresie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego i odniósł się do podawanych przez wnioskodawcę objawów blokowania kolana, w aspekcie podejmowanego długotrwałe leczenia zachowawczego i zdolności do pracy wnioskodawcy. Sąd Rejonowy rozstrzygnięcie sprawy oparł na opinii biegłego ortopedy, która spełniała wszelkie wymagania dla opinii sądowej i oceny zasadności odwołania J. T..

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd Rejonowy uznał, iż odwołanie jako niezasadne podlega oddaleniu.

Sąd I instancji odnosząc się do dyspozycji art. 18 ust 1 i 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jednolity Dz.U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512) wskazał, że w sprawie niniejszej spornym było czy wnioskodawca J. T. po wyczerpaniu 182 okresu zasiłkowego i świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 11 kwietnia 2016 roku do 8 sierpnia 2016 roku (4 miesiące), stał się osobą zdolną do pracy, czy też stan jego zdrowia uzasadniał przyznanie mu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na dalszy okres. Organ rentowy odmawiając wnioskodawcy prawa do świadczenia, podniósł bowiem, iż z orzeczenia zarówno lekarza orzecznika jak i komisji lekarskiej ZUS wynika, że wnioskodawca po tym dniu odzyskał zdolność do pracy.

Zarówno lekarz orzecznik ZUS jak i członkowie komisji lekarskiej ZUS dokonali oceny ogólnego stanu zdrowia wnioskodawcy i uwzględniając stopień naruszenia sprawności organizmu, rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy ( telepracownik zajmujący się obsługą serwisów internetowych, wykonujący pracę w miejscu zamieszkania) oraz możliwość jej dalszego wykonywania nie uznali wnioskodawcy za niezdolnego do pracy, a tym samym ustalili, że brak jest okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego. Zgodnie bowiem z powołanymi wyższej przepisami, podstawową przesłanką przyznania świadczenia rehabilitacyjnego jest niezdolność ubezpieczonego do pracy po wyczerpaniu zasiłku chorobowego, w sytuacji, gdy dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie przez ubezpieczonego zdolności do pracy. Świadczenie rehabilitacyjne w zamyśle ustawodawcy ma stworzyć możliwość kontynuowania leczenia lub rehabilitacji osobom, dla których obowiązujący obecnie okres zasiłkowy jest zbyt krótki, aby odzyskać pełną zdolność do pracy.

Sąd Rejonowy wskazał, że ocena stanu zdrowia wnioskodawcy dokonana przez lekarzy orzekających w ZUS znajduje pełne potwierdzenie w wydanych w sprawie opiniach biegłego specjalisty ortopedy. Biegły dokonał analizy dokumentacji medycznej wnioskodawcy uwzględniając okres po dniu 8 sierpnia 2016 roku oraz badań wnioskodawcy przeprowadzonych przez lekarza orzecznika i komisji lekarskiej ZUS. Jak zostało ustalone wnioskodawca z powodu zespołu bólowego kolana prawego w przebiegu uszkodzenia łąkotki przyśrodkowej odzyskał zdolność do pracy po dniu 8 sierpnia 2016 roku. Z dokonanego badania przez komisję lekarską ZUS wynika, iż wnioskodawca jest w dobrej wydolności statyczno-dynamicznej bez znacznego naruszenia sprawności. Wnioskodawca był leczony nieoperacyjnie przez cały okres zasiłkowy. Po ujawnieniu w RM uszkodzenia MM został zakwalifikowany do artroskopii bez konkretnej daty zabiegu. Dalsze leczenie dolegliwości kolana może być kontynuowane w ramach zasiłku chorobowego po zabiegu operacyjnym. Zdaniem Sądu, analiza dokumentacji medycznej wnioskodawcy ze spornego okresu pozwala ustalić, iż brak jest podstaw do orzekania długotrwałej niezdolności do pracy wnioskodawcy po dniu 8 sierpnia 2016 roku. Sąd w pełni podzielił opinię biegłego ortopedy, iż z uwagi na okres 182 dni okresu zasiłkowego i 4 – miesięcznego okresu świadczenia rehabilitacyjnego, który nie doprowadził do istotnej poprawy, to dalsze leczenie zachowawcze i rehabilitacyjne w ramach świadczenia rehabilitacyjnego bez konkretnej daty zabiegu nie przyczyni się do uzdrowienia kolana. Wnioskodawca co prawda subiektywnie odczuwa, iż nie jest zdolny do wykonywania pracy, jednakże jego odczucia nie mają znaczenia, bowiem obiektywnie stan jego zdrowia pozwala na jej podjęcie.

Mając wszystko powyższe na uwadze Sąd I instancji stwierdził, iż wnioskodawca po wyczerpaniu okresu zasiłkowego i okresu 4 – miesięcznego okresu zasiłkowego, tj. po 8 sierpnia 2016 roku odzyskał zdolność do pracy, a zatem brak jest podstaw do zmiany zaskarżonej decyzji organu rentowego i przyznania wnioskodawcy prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na dalszy okres.

W tym stanie faktycznym, stosownie do treści art. 477<sup>14</sup> § 1 k.p.c., wobec braku spełnienia ustawowej przesłanki uzasadniającej przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na dalszy okres, Sąd uznając odwołanie za niezasadne orzekł jak w sentencji.

O kosztach nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej wnioskodawcy przez pełnomocnika z urzędu Sąd orzekł na podstawie § 22 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 roku w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu w związku z §2 pkt 1, §3, §15 ust 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz.U poz.1801) podwyższając należne koszty o podatek VAT.

Apelację od powyższego orzeczenia w zakresie pkt 1 wniósł pełnomocnik wnioskodawcy.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił:

1. naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na wynik sprawy tj.:

a) art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie zasady swobodnej oceny dowodów i uznanie, iż materiał dowodowy nie pozwala przyjąć, iż wnioskodawca spełnił przesłanki uzasadniające przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego na dalszy okres;

b) art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie zasady swobodnej oceny dowodów i uznanie, iż materiał dowodowy pozwala przyjąć, iż wnioskodawca po dniu 8 sierpnia 2016 roku odzyskał zdolność do pracy w sytuacji gdy jego stan zdrowia nie uległ zmianie;

c) art. 217 k.p.c. przez bezzasadne oddalenie wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego ortopedy na okoliczność stanu zdrowia wnioskodawcy, która została wydana po przeprowadzeniu badania J. T., pomimo że okoliczności, na które dowód ten został zgłoszony nie zostały wyjaśnione, albowiem biegły ortopeda oparł się jedynie na dokumentacji lekarskiej w sytuacji gdy dowód ten miał bardzo istotne znaczenie dla ustalenia stanu zdrowia wnioskodawcy, a przeprowadzenie jego badania pozwoliłoby na określenie jego rzeczywistego stanu zdrowia;

2. błąd w ustaleniach faktycznych polegający na przyjęciu, iż wnioskodawca był leczony nieoperacyjnie przez cały okres zasiłkowy podczas gdy nie był on leczony albowiem kilka miesięcy trwało zdiagnozowanie schorzenia, a następnie został skierowany na zabieg artroskopii, który z uwagi na limity w NFZ nie mógł być przeprowadzony w 2016 roku;

3. błąd w ustaleniach faktycznych polegający na przyjęciu, iż łąkotka została uszkodzona na podłożu zmian zwyrodnieniowych podczas gdy do uszkodzenia łąkotki doszło w wyniku urazu;

4. błąd w ustaleniach faktycznych polegający na przyjęciu, iż nie dochodzi do blokowania się kolana u wnioskodawcy podczas gdy jak wynika z dokumentacji medycznej blokowanie to ma miejsce.

Mając powyższe na uwadze skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie odwołania ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie Sądowi Rejonowemu do ponownego rozpoznania oraz o zasądzenie kosztów udzielonej, a nie opłaconej pomocy prawnej udzielonej wnioskodawcy z urzędu i oświadczam, że koszty te nie zostały opłacone w całości ani w części.

Na rozprawie apelacyjnej w dniu 28 września 2017 roku pełnomocnik wnioskodawcy poparł apelację oraz wniósł o zasądzenie kosztów pomocy prawnej udzielonej z urzędu oświadczając, że nie zostały one pokryte ani w całości ani w znacznej części. Natomiast pełnomocnik organu rentowego wniósł o oddalenie odwołania.

**Sąd Okręgowy w Łodzi zważył co następuje:**

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

W ocenie Sądu Okręgowego, Sąd I instancji wydał trafne orzeczenie, znajdujące oparcie w zebranych w sprawie materiale dowodowym i obowiązujących przepisach prawa.

Wbrew twierdzeniom apelacji, przedmiotowe rozstrzygnięcie nie zostało wydane z naruszeniem przepisów postępowania, skutkującym koniecznością zmiany czy uchylenia zaskarżonego wyroku.

P.. 233 § 1 k.p.c. stanowi, że sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów, według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Wobec tego skuteczny zarzut przekroczenia granic swobody w ocenie dowodów może mieć miejsce tylko w okolicznościach szczególnych. Dzieje się tak w razie pogwałcenia przez sąd reguł logicznego rozumowania bądź sprzeniewierzenia się zasadom doświadczenia życiowego (por. wyrok SN z 6.11.2003 r. II CK 177/02 niepubl.).

Zgodnie zaś z art. 278 k.p.c. dopuszczenie dowodu z opinii biegłego następuje wówczas, gdy dla rozstrzygnięcia sprawy potrzebne są wiadomości „specjalne”, czyli szczegółowa wiedza z różnych dziedzin nauki, wykraczająca poza zakres wiadomości przeciętnej osoby posiadającej ogólne wykształcenie. W związku z tym biegłym może być jedynie osoba, która posiada wskazane wiadomości potrzebne do wydania opinii i daje rękojmię należytego wykonania czynności biegłego. Oznacza to, że dla obalenia twierdzeń biegłego specjalisty nie wystarczy jedynie przeświadczenie strony, iż fakty wyglądają inaczej, lecz koniecznym jest również rzeczowe wykazanie, iż wystawiona przez biegłego opinia jest niespójna bądź merytorycznie błędna.

W rozpoznawanej sprawie Sąd Rejonowy uczynił podstawą swego rozstrzygnięcia opinie biegłego lekarza ortopedy. Wskazany biegły lekarz w sposób logiczny i przekonujący uzasadnił swoje stanowisko oceniając, że wnioskodawca jest zdolna do pracy. Biegły uwzględnił także zastrzeżenia odwołującego się odnosząc się do nich bezpośrednio w uzupełniającej opinii pisemnej, szczegółowo wykazując na ich bezzasadność. Opinia została sporządzona zgodnie z wymaganiami fachowości i niezbędną wiedzą medyczną, na podstawie akt sprawy. To, że wnioskodawca nie został zbadany przez biegłego nie dyskwalifikowało opinii jako przydatnej do rozpoznania niniejszej sprawy. Przede wszystkim - jak wynika z akt sprawy - wnioskodawca w piśmie procesowym z dnia 5 stycznia 2017 roku, wniósł o wydanie opinii bez przeprowadzania badania. W związku z tym Sąd przychyliając się do prośby wnioskodawcy zlecił biegłemu ortopedzie wydanie opinii na podstawie akt sprawy. Jednak niezależnie od powyższego wskazać należy, że biegły nie prowadzi procesu leczenia, nie zleca badań ma za zadanie ocenić stopień naruszenia sprawności narządu ruchu w kontekście zdolności do pracy lub jej braku. W związku z tym miarodajną jest dokumentacja medyczna dotycząca procesu leczenia i prowadzonej diagnostyki. Natomiast samo badanie, podawane przez ubezpieczonego objawy choroby i opinie co do samopoczucia są tylko subiektywną oceną, która nie może stanowić samodzielnie podstawy do ustalenia niezdolności do pracy. To dokumentacja medyczna jest materiałem pozwalającym ustalić rzeczywisty i faktyczny stan narządu ruchu wnioskodawcy w zakresie jego zdolności do pracy bądź jej braku. Zdaniem Sądu Okręgowego, nie ma wątpliwości, że opinia biegłego była jasna, kompletna, pełna i wystarczająca do oceny zdolności wnioskodawcy do pracy. Ponadto biegły uwzględnił w swojej opinii okoliczność zbadania wnioskodawcy przez komisję lekarską ZUS. Z badania tego wynika, iż wnioskodawca jest w dobrej wydolności statyczno-dynamicznej bez znacznego naruszenia sprawności, występują bóle, okresowe blokowanie kolana prawego, w dacie badania chód wnioskodawcy był samodzielny, wydolny, nie występowały zaniki mięśniowe, ruchomość kręgosłupa była prawidłowa, staw kolanowy prawy suchy, zwartość i ruchomość dobra, objawy łąkotkowe +/- . Zatem biegły ortopeda miał dodatkowe dane - oprócz dokumentacji medycznej - co do stanu narządu ruchu na datę po dniu 8 sierpnia 2016 roku a ten okres był istotny z punktu widzenia dochodzonego roszczenia. W związku z tym uznać należy, że brak przeprowadzenia badania wnioskodawcy nie czynił opinii w żadnym wypadku nieprzydatną do rozstrzygnięcia niniejszej sprawy.

Nie zasługują na uwzględnienie również pozostałe zarzuty apelacji co do nieprawidłowo poczynionych w sprawie ustaleń faktycznych tj. błędnego przyjęcia, że wnioskodawca był leczony w sytuacji gdy był tylko diagnozowany, że uszkodzenie łąkotki kolana prawego miało podłoże zwyrodnieniowe nie zaś urazowe oraz że nie dochodzi do blokowania kolana.

Co do zarzutu braku podjęcia przez wnioskodawcę leczenia nie zasługiwał on na uwzględnienie. Wbrew twierdzeniom skarżącego z akt sprawy należy wyprowadzić wniosek przeciwny. Z wywiadu zebranego przez Lekarza Orzecznika ZUS w dniu 13 maja 2016 roku wynika, że wnioskodawcy od października 2015 roku jest na zwolnieniu lekarskim z powodu blokowania kolana prawego, zgłosił się do lekarza POZ a następnie do ortopedy, miał wykonane badanie USG, następnie rezonans magnetyczny. Ponadto zlecono zabieg operacyjny oraz rehabilitację. Oznacza to, że wnioskodawca od momentu uzyskania zwolnienia lekarskiego podjął leczenie poprzez wizyty u wskazanych specjalistów oraz wykonywanie zleconych badań. Proces leczenia jest składową kilku działań np. jest to diagnostyka, badanie przez specjalistów, przyjmowanie środków farmakologicznych, rehabilitacja. W stosunku do wnioskodawcy niektóre z tych działań zostały wdrożone na inne zaś oczekiwał. W związku z tym niezrozumiałym jest zarzut apelacji, że w stosunku do wnioskodawcy takiego procesu nie wprowadzono. A co za tym idzie nie mogły ostać się twierdzenia skarżącego co do dokonania we wskazanym zakresie błędnych ustaleń faktycznych przez Sąd Rejonowy, skoro z zebranego w sprawie materiału dowodowego wypływają odmienne wnioski niż przedstawione przez stronę odwołującą się.

Trudno zgodzić się również z twierdzeniami apelującego, że Sąd dokonał błędnych ustaleń co do przyczyny uszkodzenia łątki kolana prawego. Zdaniem skarżącego została uszkodzona w wyniku urazu nie zaś jak przyjął to biegły ortopeda w wyniku zmian zwyrodnieniowych. Odwołujący się formułując powyższą tezę nie wskazał jednak do jakiego to i kiedy urazu doszło. W zebranych w sprawie materiale dowodowym brak jest danych, które pozwoliłyby sformułować taką tezę. Z samego faktu stwierdzenia uszkodzenia łątki nie można wywieść, że przyczyną leżącą u podstaw tak postawionego rozpoznania jest uraz. Jest to dowolne twierdzenie nie znajdujące potwierdzenia w materiale dowodowym zwłaszcza w dokumentacji medycznej. Zauważyć należy, że zarówno na etapie postępowania przed organem rentowym jak i przed Sądem I instancji rozpoznano u wnioskodawcy zespół bólowy kolana prawego w przebiegu uszkodzenia łątki przyśrodkowej. Żaden z lekarzy specjalistów oceniających stan narządu ruchu wnioskodawcy nie wskazywał na taką przyczynę. W związku z tym biegły ortopeda nie miał podstaw do sformułowania takiej tezy, skoro brak było dokumentów wskazujących na taką przyczynę uszkodzenia kolana. Zatem nie było możliwe przyjęcie zgodnie z twierdzeniami skarżącego, że Sąd dokonał błędnych ustaleń faktycznych w sytuacji gdy brak było danych aby przyjąć wersję reprezentowaną w apelacji. Nadto zarzut ten nie mógłby mieć istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sporu bowiem dotyczy on oceny odzyskania zdolności do pracy a nie przyczyny dolegliwości chorobowych odwołującego.

Odwołujący zarzucił także błąd w ustaleniach faktycznych polegający na przyjęciu, iż nie dochodzi do blokowania się kolana u wnioskodawcy podczas gdy jak wynika z dokumentacji medycznej blokowanie to ma miejsce.

Z przedmiotowym twierdzeniem nie do końca można się zgodzić. Przede wszystkim zauważyć należy, że skarżący formułując powyższą tezę nie wskazał już z jakiej to konkretnie dokumentacji wyprowadził powyższy wniosek. Zarzut ograniczył się jedynie do stwierdzenia nie popartego konkretnymi dowodami. Fakt odnotowania przez biegłego okoliczności o blokowaniu kolana wynika jedynie z przytoczonych danych podanych w wywiadzie w czasie badania przeprowadzonego przez lekarza orzecznika ZUS. Jednak były to informacje przekazane przez wnioskodawcę. Nie ma natomiast dokumentacji medycznej, która formułowałaby takie rozpoznanie. Natomiast subiektywne odczucia wnioskodawcy nie mogą być miarodajne do stwierdzenia podawanych objawów. Biegły wskazał, że w zapisach dokumentacji medycznej „brak danych o blokowaniu i ostrym naruszeniu sprawności, z dokumentacji wynika, że to typowy, mało ostry i gwałtowny przebieg z blokowaniem. Gdyby przebieg był z blokowaniem, to dawno temu byłby po operacji.” Natomiast Sąd we wskazanym fragmencie nie przytoczył wiernie treści opinii biegłego wskazując w uzasadnieniu, że „z dokumentacji wynika, że choroba wnioskodawcy ma przebieg typowy, mało ostry i gwałtowny przebieg z blokowaniem.” W związku z tym faktycznie można było odnieść wrażenie, iż jedno stwierdzenie zaprzecza drugiemu. Jednak powyższe uchybienie nie było na tyle istotne aby wpływać na prawidłowość wydanego rozstrzygnięcia. Nie ma wątpliwości, że wnioski końcowe wyprowadzone z opinii biegłego były jak najbardziej prawidłowe. Z opinii biegłego wynika, że nie ma ostrych i nagłych blokad kolana, które mogłyby uniemożliwić funkcjonowanie wnioskodawcy. Mogą się pojawiać jednak takie blokady, których częstotliwość i nasilenie nie są na tyle duże aby czyniło wnioskodawcę niezdolnym do pracy. W związku z tym ustalenia Sądu Rejonowego we wskazanym fragmencie nie do końca odzwierciedlały treść opinii biegłego, ale doprowadziły do tych samych wniosków, do których

doszedł biegły ortopeda. W tej sytuacji dostrzeżone uchybienie nie miało na tyle istotnego dla sprawy znaczenia, aby prowadziły do podważenia rozstrzygnięcia.

Wobec powyższego, w ocenie Sądu Okręgowego, nie można podzielić stanowiska skarżącego, iż opinia biegłego budzi wątpliwości i jest wewnętrznie sprzeczna, zaś Sąd I instancji opierając się na niej, wydał wyrok z pogwałceniem zasad swobodnej oceny dowodów, dokonując błędnych ustaleń faktycznych, mających istotny wpływ na rozstrzygnięcie sprawy.

Sąd Okręgowy zgadza się z oceną Sądu I instancji, iż fakt niepodzielenia przez powoda opinii biegłego ortopedy nie jest wystarczającą przesłanką dopuszczenia dowodu z opinii kolejnego biegłego tej samej specjalizacji. Złożone w sprawie opinie biegłego z zakresu ortopedii: główna jak i uzupełniająca były rzetelne, sporządzone zgodnie z wymaganiami fachowości i niezbędną wiedzą, w oparciu o dokumentację lekarską ubezpieczonego. Wynikające z nich wnioski były logicznie i prawidłowo uzasadnione, nadto nie zawierały braków i wyjaśniały wszystkie okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia sprawy.

W świetle powołanych okoliczności, w ocenie Sądu Okręgowego nie sposób przychylić się do zarzutu apelacji bezzasadnego oddalenia wniosku skarżącego o przeprowadzenie dowodu z opinii innego biegłego sądowego lekarza ortopedy. Wobec dostatecznego wyjaśnienia okoliczności spornych, żądanie to zmierzało wyłącznie - jak słusznie wskazał Sąd Rejonowy - do przewlekania toczącego się postępowania. Z tych też względów Sąd II instancji, przychylił się do stanowiska Sądu I instancji i wskazany zarzut uznał za nieuzasadniony.

Reasumując - w kontekście powyższych rozważań - Sąd Okręgowy przyjął, iż prezentowana w apelacji argumentacja jest chybiona i jako taka nie może się ostać. Sąd Rejonowy w sposób prawidłowy przeprowadził postępowanie. Trafnie wywiódł na podstawie zebranego w sprawie materiału dowodowego, iż wnioskodawca po dniu 8 sierpnia 2016 roku odzyskał zdolność do pracy. Sąd drugiej instancji zważył więc, iż zaskarżone rozstrzygnięcie w świetle zgromadzonego materiału dowodowego było oczywiście uzasadnione.

Mając powyższe na uwadze uznać należy, że nie doszło – wbrew twierdzeniom skarżącego - do naruszenia przez Sąd Rejonowy przepisów prawa procesowego.

W konsekwencji Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 k. p. c. oddalił apelację, uznając, iż jest ona bezzasadna.

O kosztach nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej wnioskodawcy przez pełnomocnika z urzędu Sąd orzekł na podstawie § 22 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 roku w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu w związku z §2 pkt 1, §3, § 4 ust 3, §16 ust 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 w sprawie opłat ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (Dz.U z 2016 roku, poz.1714) podwyższając należne koszty o podatek VAT.

Przewodnicząca: Sędziowie:

E.W.